

RÅDETS ANBEFALINGER TIL LIGHED I SUNDHED

Mennesker i social udsathed har markant dårligere helbred end den øvrige befolkning. Mens 85 pct. af befolkningen vurderer deres eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, gør kun lidt over halvdelen (54 pct.) af socialt udsatte det samme. Socialt udsatte er væsentligt mere stressede og lider mere af træthed og mangel på energi end den øvrige befolkning. Det viser SUSY-UDSAT-undersøgelserne (Ahlmark, et al. 2018). Det dårligere helbred medvirker til en betydeligt kortere levetid blandt socialt udsatte, der i gennemsnit dør 19 år tidligere end den øvrige befolkning (Strøbek, Davidsen og Pedersen 2017).

I 2014 blev der brugt mere end 1,7 mia. kr. på somatisk behandling af de 52.000 mest socialt udsatte i Danmark og derudover 1,7 mia. kr. på psykiatrisk behandling af samme målgruppe. Mere end 1 mia. kr. blev brugt på misbrugsbehandling og over 700 mio. på herberger til samme målgruppe (Benjaminsen, et al. 2018). Desværre er der en skævhed i, hvordan pengene bruges. Socialt udsatte mennesker trækker mere på akutte ydelser, som er nødvendige, men som ikke forbedrer deres livssituation på længere sigt.

Der er stort potentiale i at hjælpe socialt udsatte mennesker, før deres problemer bliver akut behandlingskrævende, at sikre, at de bliver behandlet helt færdig og i at støtte dem efter færdigbehandling, så sygdomme og skader ikke bryder ud igen.

Politikere i stat, kommuner og regioner har i mange år forsøgt at gøre noget ved den sociale ulighed i sundhed i bl.a. gennem sundhedsaftaler og andre politiske tiltag. Der er altså ikke mangel på vilje hverken på politisk eller praktisk niveau, men faktum er, at socialt udsatte menneskers sundhedstilstand ikke er forbedret siden Rådet for Socialt Udsatte systematisk begyndte at dokumentere den i 2007.

For at løse problemerne er det nødvendigt, at indsatsen for socialt udsatte mennesker tænkes ind i alle dele af systemet, og at kommuner og regioner tager et fælles ansvar for de mange socialt udsatte mennesker, der lige nu falder mellem systemer og ingen hjælp får. Det er også nødvendigt at sikre mennesker i socialt udsathed deltagelse i udformningen af sundhedsvæsenet. Det bør ske på alle niveauer fx gennem arbejdsgrupper og i regionale udsatteråd.

Rådet for Socialt Udsatte har samlet en række forslag til konkrete initiativer, som kan hjælpe socialt udsatte mennesker og sikre mere lighed i sundhed. Det handler både om, hvordan socialt udsatte mennesker møder sundhedsindsatser i hhv. kommunen, hos egen læge, og på hospitalet, og samtidig om hvad der skal til for, at socialt udsatte mennesker ikke falder mellem systemerne.





Anbefalinger til kommunerne

Kommunerne spiller en afgørende rolle i at forebygge og reducere skader blandt socialt udsatte mennesker. Kommunerne har en vigtig rolle i at bygge bro mellem mennesker i social udsathed og sundhedsvæsenet; både ift. at hjælpe dem med at bruge de nødvendige sundhedsydelser og ift. at sikre den nødvendige ro og pleje, når socialt udsatte mennesker udskrives fra hospitalet.

Rådet for Socialt Udsatte anbefaler

- Opret sengepladser til mennesker i social udsathed
Patienter bliver udskrevet stadig hurtigere efter behandling på hospitalerne (Hansen 2017). For socialt udsatte mennesker, der lever kaotiske liv med et svagt netværk og måske uden fast bolig, er det et problem. Socialt udsatte mennesker, der udskrives fra hospitalet, har brug for trygge rammer til at komme sig. Sengepladser målrettet mennesker i social udsathed vil bidrage til at sikre, at der bliver fulgt op på behandlingen og kan også bruges til at forebygge indlæggelser. Evidens baseret forskning viser at det virker og sundhedsøkonomisk kan betale sig (Bring, et al. 2020).
- Lav fremskudte sundhedsindsatser
Alt for mange mennesker i social udsathed kommer ikke til lægen, før det er alt for sent (P. V. Pedersen 2018). Det er derfor nødvendigt, at der er opsøgende sundhedsarbejde der, hvor socialt udsatte mennesker opholder sig. Kommunale socialsygeplejersker kan have fokus på somatiske problemer der, hvor socialt udsatte mennesker opholder sig fx på herberger, væresteder og misbrugscentre og derfra bygge bro til egen læge og anden sundhedsbehandling.
- Forebyg skader af et udsat liv
Mennesker i social udsathed bekymrer sig om deres helbred og vil gerne passe på deres egen sundhed, men når man lever et udsat liv, kan det være svært. Kommunerne kan bakke udsatte borgere op i at tage vare på eget helbred ved at stille fx injektionsudstyr, prævention, håndkøbsmedicin og håndsprit til rådighed. Det bør være vederlagsfrit og let tilgængeligt: Det betyder, at det skal kunne fås, der hvor socialt udsatte mennesker kommer fx på væresteder eller i misbrugsbehandlingen og kunne uddeles døgnet rundt. Etableringen af stofindtagelsesrum kan også bidrage til at forbedre den almene sundhed for stofafhængige og reducere dødeligheden.
- Få alle med i socialtandplejen
Siden 1. juli i 2019 har de mest socialt udsatte mennesker haft ret til gratis tandbehandling gennem socialtandplejen. I forbindelse med implementeringen og udbredelsen af ordningen er det vigtigt, at kommunerne gør en aktivt opsøgende indsats for at sikre, at de mest socialt udsatte mennesker bliver inkluderet. Samtidig bør kommunerne udvide målgruppen for socialtandpleje til alle mennesker i social udsathed, der ikke kan benytte anden tandpleje herunder mennesker i substitutionsbehandling.¹

¹ I loven om socialtandpleje defineres de mest socialt udsatte som gadehjemløse og mennesker i målgruppen for servicelovens §104 OG §110, men kommunen kan også visiterer andre socialt udsatte mennesker, der ikke kan benytte andre tilbud om tandpleje. Ikke mindst mennesker i afhængighed af rusmidler har store problemer med tænder: SUSY Udsat peger på at hele 56 pct. af udsatte med afhængighed af rusmidler har under 20 tænder tilbage (Ahlmark, et al. 2018).



Anbefalinger til almen praksis

For langt de fleste er egen læge den primære indgang til sundhedsvæsenet, men for mange mennesker i social udsathed er den praktiserende læge en fremmed (P. V. Pedersen 2018). Socialt udsatte mennesker bruger ikke egen læge i det omfang, som deres helbred ellers kunne give anledning til. Det betyder, at sygdomme og skader får lov at udvikle sig uden, at der bliver grebet ind. Når mennesker i social udsathed ikke kan bruge sundhedsydelse i de rammer, der er, så må rammerne tilpasses. Det kan ske på flere måder.

Rådet for Socialt Udsatte anbefaler:

- Udvid konsultationen for socialt udsatte mennesker
15 minutter om kun ét problem er ikke en konsultation, der giver mening for særligt mange socialt udsatte mennesker. Mange har komplekse sundhedsproblemer og dårlige erfaringer med systemet. Der er brug for mere tid. Hvis man indfører udvidet konsultation for mennesker i social udsathed, kan det give lægerne mere tid til at komme rundt om de komplekse sundhedsproblematikker, socialt udsatte mennesker ofte har.
- Etabler af samarbejde mellem region, kommuner og udvalgte praktiserende læger
Gennem samarbejde mellem region, kommuner og udvalgte praktiserende læger, som har særligt interesse og kompetencer på området, kan fagligheden om behandling af socialt udsatte mennesker opbygges blandt udvalgte praktiserende læger. Målet er, at mennesker i social udsathed møder læger, der er godt fagligt klædt på til at tage imod dem og derved også sikrer nødvendige henvisninger til speciallæger, psykologer og andre sundhedstilbud.

Anbefalinger til hospitalsvæsenet

Mennesker i social udsathed kommer i overvejende grad ind på hospitalerne, somatiske såvel som psykiatriske, via akutte indlæggelser (Strøbek, Davidsen og Pedersen 2017). Her bliver der taget hånd om de mest åbenlyse skader og sygdomme, men socialt udsatte menneskers samlede sundhedstilstand bliver ikke udredt. Det betyder, at selvom mennesker i social udsathed indlægges fire gange så ofte som den øvrige befolkning, så går alt for mange rundt med smerter og ubehandlede lidelser. Samtidig er det et problem, at behandling afbrydes, fx fordi der ikke bliver tilstrækkelig abstinensbehandlet og patienten derfor forlader hospitalet for at skaffe rusmidler.

En barriere er, at mange sundhedspersoner mangler viden om social udsathed og om rusmidler. Det gælder i det somatiske system og i høj grad også i psykiatrien, hvor socialt udsatte patienter med afhængighed af rusmidler har ringe muligheder i et system, der generelt er presset. Derfor er der behov for større viden på hospitalerne om de særlige problemstillinger, der gør sig gældende for mennesker i social udsathed. Socialsygeplejersker har været en stor succes på de somatiske hospitaler, men for at ordningen skal have ordentlig gennemslagskraft og stærkere forankring i hospitalsverdenen, er det nødvendigt, at der også er læger, der har særligt fokus på socialt udsatte mennesker.

Rådet for Socialt Udsatte anbefaler:

- Udbred af ordningen med socialsygeplejersker





Socialsygeplejersker spiller en afgørende rolle for en god behandling af mennesker i social udsathed i sundhedsvæsenet (P. V. Pedersen 2018). Derfor bør ordningen udbredes til alle akuthospitaler, og funktionen skal udvikles.

- Ansæt socialoverlæger i somatikken

For at forankre sundhedsfaglig viden om social udsathed kan der oprettes en stilling som socialoverlæge i hver region. Socialoverlægen kan give lægefaglig sparring til det øvrige sundhedspersonale i tæt samarbejde med socialsygeplejerskerne og bidrage med særlig viden og erfaring med målgruppen, så gode indlæggelsesforløb og overgange til øvrige sektorer og de øvrige specialer understøttes. Socialoverlægen bør have særligt fokus på virkningen af rusmidler og bidrage til at sikre høje faglige standarder for fx abstinensbehandling og smertebehandling. Socialoverlægefunktionen kan også bidrage til undervisning i forhold omkring social udsathed, levevilkår og lav sundhedskompetence blandt sundhedspersonale.

- Indfør socialoverlæger og socialsygeplejersker i psykiatrien

For at styrke samspillet mellem det sundhedsfaglige og socialfaglige i psykiatrien, bør der indføres socialsygeplejersker og socialoverlæger i psykiatrien i alle regioner. Det er glædeligt, at Region Hovedstaden har ansat socialoverlæger i både somatikken og psykiatrien.

Socialsygeplejerskerne kan bidrage med viden om arbejdet med socialt udsatte patienter herunder særligt patienter, der ud over deres psykiske lidelser også har problemer med rusmidler – såkaldte dobbeltdiagnoser. Socialoverlægerne kan give lægefaglig sparring til socialsygeplejerskerne og øvrige psykiatrisk personale og sikre et højt vidensniveau om særligt behandling af dobbeltdiagnoser.

Anbefalinger til koordination af indsatser

Trods talrige politiske aftaler og ihærdige indsatser i regioner og kommuner har det i de seneste mange år været et problem, at indsatser og behandling af socialt udsatte mennesker lander mellem systemer: mellem kommunerne og regionerne, mellem psykiatrien og somatikken, mellem det sociale og det sundhedsfaglige. Den utilstrækkelige koordination gør, at alt for mange socialt udsatte mennesker ikke får den nødvendige hjælp (P. V. Pedersen 2018).

Derfor bør der oprettes forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner, der sikrer, at ansvaret for den samlede indsats ikke falder tilbage på mennesker i social udsathed. Under coronakrisen har det vist sig, at det godt kan lade sig gøre at tage fælles ansvar og koordinere på tværs. Ingen myndighed må slippe ansvaret for en borger, før en anden er klar til at tage over.

Rådet for Socialt Udsatte anbefaler:

- Opret forpligtende partnerskaber mellem region og kommuner

Et forpligtende partnerskab mellem regionerne og kommuner om helhedsorienteret behandling af socialt udsatte kan sikre, at ingen falder mellem stolene og fx bliver udskrevet fra hospitalet (psykiatrisk eller somatisk) uden, at der er nogen til at følge op på behandlingen. Kommuner og regioner bør lave konkrete partnerskaber, der kan sikre fælles ansvar for borgerne gennem fx fælles budgetter, tværgående teams med myndighedskompetence, opsøgende indsatser og koordination ifm. indlæggelse og udskrivelse fra hospitaler. Det er afgørende, at den fælles indsats opleves tilgængelig og fleksibel for socialt udsatte mennesker.



Referencer

Ahlmark, Nanna, Ivalu Sørensen, Michael Davidsen, og Ola Ekholm. *SUSY Udsat 2017: Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2018.

Benjaminsen, Lars, Jesper Fels Birkelund, Morten Holm Enemark, og Stefan Bastholm Andrade. *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet*. København K: VIVE, 2018.

Bring, Camilla, Marie Kruse, Mikkel Z. Ankarfeldt, Nina Brünes, Maja Pedersen, og Ove Andersen. »Post-hospital medical respite care for homeless people in Denmark: a randomized controlled trial and cost-utility analysis.« *BMC Health Services Research*, 5.. juni 2020.

Hansen, Bodil Helbech. *Udvikling i indlæggelsesvarighed for somatiske indlæggelser*. Analysenotat, København: KL, 2017.

Pedersen, Pia Vivian. *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet*. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2018.

Strøbek, Leise, Michael Davidsen, og Pia Vivian Pedersen. *Socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet*. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2017.

